

DE LA

MÉTRITE BLENNORRHAGIQUE

ET DES

MÉTRORRHAGIES CONSÉCUTIVES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 29 juillet 1892.

PAR

Émile CHAMBELLAND

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Né le 15 Octobre 1867, à Saar-Union (Bas-Rhin)

Examineurs: { MM. HEYDENREICH, président.
CHRÉTIEN, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

—
1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0044

DE LA

MÉTRITE BLENNORRHAGIQUE

ET DES

MÉTRORRHAGIES CONSÉCUTIVES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 29 juillet 1892.

PAR

Émile CHAMBELLAND

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Né le 15 Octobre 1867, à Saar-Union (Bas-Rhin)

Examineurs: { MM. HEYDENREICH, président.
CHRÉTIEN, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O,
V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A O, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS *, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, A O, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A O.	MM. NICOLAS, A O.	MM. REMY.
GUÉRIN, A O.	VAUTRIN A O.	P. PARISOT.
RENÉ, A O.	SIMON, A O.	

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS  , A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

L'étude de la métrite en général et de la métrite blennorrhagique en particulier n'est pas une nouveauté, et en prenant cette dernière comme sujet de notre thèse, nous n'avons pas eu la prétention de composer un chapitre de gynécologie basé sur des idées nouvelles.

On connaît ce sujet, de nos jours, d'une manière à peu près parfaite, et notre étude a eu surtout pour but de donner à la métrite blennorrhagique une place à part dans le cadre de l'inflammation utérine, ainsi que de mettre en lumière sa grande fréquence.

Diffuse, dépourvue de tout contrôle anatomique, soumise à l'influence des doctrines régnantes, la description de la métrite ne fit longtemps aucun progrès, et ne commença à devenir méthodique que depuis un siècle à peine.

Depuis la mise en application courante du spéculum dans l'investigation thérapeutique utérine, depuis l'acceptation de la doctrine microbienne, enfin et surtout depuis l'application généralisée de l'antisepsie en gynécologie opératoire, l'étude des métrites a fait des progrès journaliers dans le domaine de l'anatomie pathologique comme dans celui du traitement.

Il reste cependant encore beaucoup à glaner dans ce vaste champ d'observation. L'anatomie pathologique, malgré les belles recherches du professeur Cornil, n'a pas encore dit son dernier mot. D'autre part le manque d'accord des écrivains spéciaux sur les questions de classification prouve la diversité des opinions sur ce sujet.

Il nous a paru de quelque utilité de faire l'étude d'une variété de métrite, en nous plaçant spécialement au point de vue de l'étiologie ; de montrer que la métrite blennorrhagique diffère un peu de la métrite décrite par les classiques, ceux-ci la divisant en métrite aiguë et métrite chronique sans s'inquiéter de l'étiologie. La métrite blennorrhagique a son allure à elle, qui n'est pas celle de la métrite puerpérale prise comme type par presque tous les gynécologues.

Enfin la métrorrhagie nous a paru présenter au cours de cette maladie des particularités assez importantes à signaler pour que nous lui ayons consacré la seconde partie de notre thèse.

Disons encore que nous nous sommes placé exclusivement au point de vue clinique et que nous avons dû négliger l'anatomie pathologique faute de documents et de preuves nécropsiques.

Avant d'entrer dans l'exposé de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier Monsieur le Professeur Heydenreich, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Que Monsieur le Professeur agrégé Vautrin qui nous a constamment guidé de ses conseils compétents veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Nous avons établi dans notre sujet les divisions suivantes :

- 1° Historique.
- 2° Période aiguë.
- 3° Période chronique.
- 4° Métrite du col.
- 5° Métrite du corps.
- 6° Fréquence et statistique.
- 7° Des métrorrhagies.
- 8° Traitement.



Historique

L'étude des maladies vénériennes de l'utérus, si l'on fait abstraction de la syphilis, connue plus tardivement, remonte à la plus haute antiquité.

Hippocrate parle déjà des ulcérations de l'utérus.

Aëtius, médecin grec de la fin du V^e siècle de notre ère, mentionne les ulcérations du col de l'utérus se présentant sous forme de rhagades et les écoulements de la matrice.

Mais pendant longtemps encore les écrivains médicaux ne devaient rattacher les maladies utérines à aucune cause vénérienne.

Les Arabes, Rhazès né vers 850 de notre ère, Avicennes vers 980, enfin Albucasis, médecin de Cordoue, mort vers 1160, commencent à faire jouer au coït un rôle essentiellement mécanique. Si leurs descriptions sont assez précises, c'est qu'ils connaissent l'emploi du spéculum.

Pour Lanfranc et Gordon, qui vécurent à la fin du XIII^e siècle ainsi que pour Valescus de Tarente, médecin de Montpellier de la fin du XIV^e siècle, les maladies vénériennes de l'homme avaient bien pour origine certaines maladies utérines de la femme ; mais leurs opinions sont différentes dès qu'il s'agit d'expliquer les causes de ces maladies utérines elles-mêmes.

Gordon voit trois causes : *Causa enim est aut exterior aut anterior. Si exterior, tunc est sicut nimius coïtus ; et si est interior tunc est retentio spermatis aut humor currens ad locum.*

Lanfranc est contagioniste et ne reconnaît qu'une cause, le coït avec un homme infecté : *Ex commixtione cum feëda muliere quæ cum ægro talem habente morbum de novo coïerat.*

Valescus de Tarente, lui, ne sait assigner à ces maladies que des causes communes.

A cette époque, c'est-à-dire à la fin du XV^e siècle, l'étude des maladies contagieuses de l'utérus se ressent de l'état de confusion où tombe la description des maladies vénériennes en général. On sait qu'à la fin rien ne fut distingué, et qu'on en vint purement et simplement à l'unité.

Il n'y eut plus alors qu'une seule maladie vénérienne pouvant atteindre chez la femme l'utérus, la bouche, les seins et l'anüs.

Il faut ensuite arriver jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, pour retrouver des descriptions plus précises et plus vraies.

Dans son traité *De morbis venereis* (1740), Astruc, médecin de cette époque, s'exprime ainsi : « Par une femme sale, dont le commerce cause des ulcères à la verge, on ne doit pas entendre une femme infectée de vérole, mais une femme dont la matrice est pleine de sanie, d'impuretés et de virus, ou bien une femme qui a dans la matrice un ulcère, lequel par contagion infecte et ulcère la verge ».

Vers la même époque, en 1746, Daran mentionne

les lésions utérines que le spéculum lui a permis de constater pendant la blennorrhagie.

Au commencement de ce siècle, la doctrine de la non identité de la syphilis et de la blennorrhagie vint mettre un peu d'ordre dans ce chaos.

Lagneau, Fabre, Vidal, Ricord ont beaucoup contribué à porter la lumière sur ces questions que leurs prédécesseurs avaient par trop négligées. Mais s'ils ont parlé de la blennorrhagie utérine, c'est plutôt en la mentionnant qu'en la décrivant; en réalité ils l'ont encore laissée sur une place secondaire.

Belhomme, Melchior, Robert, Fournier ont imité leur maître.

Vers la même époque, l'usage du spéculum vulgarisé par Récamier devait faciliter et faire progresser l'œuvre nouvelle.

C'est alors que Mercier [qui donna la première observation avec nécropsie, Hardy, Bernutz, Gallard, Rollet, Julien ajoutèrent chacun quelque chose à la connaissance de cette maladie.

Enfin la découverte du gonococcus faite par Neisser en 1878, l'acceptation de la théorie microbienne, la révolution tentée avec succès par la thérapeutique antiseptique aidée, en ce qui concerne notre sujet, de la dilatation utérine, de l'hystérométrie, du curettage, etc., etc., devaient créer une ère nouvelle, féconde en succès, dans le traitement des affections utérines dont nous nous occupons.

Dans cet historique esquissé à grands traits, nous n'avons fait que mentionner rapidement les noms de tous ceux qui se sont occupés de la blennorrhagie utérine. Afin de ne pas faire double emploi avec notre

description, nous avons omis à dessein les noms de la plupart des gynécologues qui, dans ces dernières années, ont étudié spécialement cette question et ont contribué pour une grande part à faire connaître ce chapitre de la pathologie utérine.

DESCRIPTION.

Tout le monde sait maintenant que les métrites ont pour origine une inflammation septique, née, à l'occasion de l'avortement ou de l'accouchement, à la suite d'un traumatisme, et dans cette catégorie nous rangeons également les manœuvres opératoires ayant causé l'introduction de germes infectueux venus du dehors, soit enfin représentée par l'infection blennorrhagique.

« Il n'y aura métrite réelle, dit le Dr Doléris, c'est-à-dire inflammation qu'autant qu'il y aura adjonction d'un élément morbide, phlogogène, inflammatoire, comme on disait autrefois, d'un microbe pathogène comme on dit aujourd'hui » (1).

Ces principes généraux admis par tous étant posés, nous abordons l'étude spéciale de notre sujet.

Division. — Quand on parcourt les ouvrages classiques, on voit que tous ou presque tous les auteurs divisent la métrite en aiguë et chronique, soit en embrassant tout l'utérus dans leur description, soit en consacrant au col et au corps utérin un chapitre spé-

(1) *De l'Endométrite et de son traitement* : Archives d'Obstétrique et de Gynécologie, 1887.

cial. Peu leur importe l'étiologie, traitée, il est vrai, à part, et que la métrite soit puerpérale, traumatique ou blennorrhagique, elle relève du même type.

En outre, cette métrite classique a été étudiée, constituée d'après des cas de métrite puerpérale, c'est la métrite puerpérale que l'on a en vue exclusivement et qui se trouve décrite partout. En suivant la clinique de M. le Professeur Vautrin à la Maison de Secours, nous avons été frappé de voir que l'évolution de la métrite blennorrhagique ne correspondait pas toujours à celle de nos livres et qu'il y avait lieu de signaler des différences. Diviserons-nous l'étude de cette variété de métrite en métrite aiguë et chronique, alors que la période aiguë fait quelquefois défaut, que souvent elle est remarquable par le peu d'importance des phénomènes subjectifs ? Pourrons-nous faire l'anatomie pathologique de cette maladie qui n'est point mortelle, qui ne légitime pas l'hystérectomie, en nous basant sur ce qui a été dit à ce sujet par les auteurs, d'après des autopsies de femmes mortes en état puerpéral, où les lésions de la muqueuse et du parenchyme utérin, empruntaient à l'état de gravidité des caractères tout spéciaux ?

Nous adopterons néanmoins dans notre description la division de la métrite en période aiguë et chronique et cela pour deux raisons. La première, c'est que cette période aiguë est parfois accompagnée de symptômes d'une réelle intensité. La seconde, c'est que nous voulons opposer à la description classique de la métrite en général, celle de la métrite blennorrhagique isolée.

Quant à l'anatomie pathologique, nous n'en dirons

que peu de chose. Chemin faisant nous nous bornerons à citer quelques faits grossiers, tels que la possibilité de constater par l'hystérométrie si le col utérin est seul atteint, si l'affection s'est propagée au corps, si le parenchyme est aussi altéré, etc. Les autopsies manquent sur ce point, ou bien les résultats en sont si mal relatés, qu'il est impossible d'en tirer des conclusions vraiment scientifiques. Mais cette absence de données histologiques n'est pas trop à regretter en somme, puisque la clinique n'en a pas à souffrir.

On voit par là les difficultés inhérentes à notre sujet qui nous arrêtent tout au début de notre travail. Nous allons essayer cependant de faire la part de ce qui doit revenir à la métrite blennorrhagique, de signaler son mode général d'évolution, sa symptomatologie, en un mot nous voulons lui donner sa place à part dans le cadre de l'inflammation utérine. Nous étudierons donc successivement la forme aiguë, puis la forme chronique, puis nous consacrerons un chapitre spécial au col et au corps.

Période aiguë.

Mécanisme. — La métrite blennorrhagique est-elle primitive ou secondaire, est-elle en d'autres termes la conséquence d'une vaginite de même nature ou bien en est-elle la cause? Cette question à laquelle nous devons répondre tout d'abord semble ne présenter qu'un intérêt purement théorique dont la clinique n'a que faire. En réalité, elle a son importance pratique, car l'existence de la vaginite donnera plus de retentissement à certains symptômes de la métrite. Disons tout d'abord que, pour la plupart des auteurs, la vaginite précède la métrite et l'infection se fait de bas en haut la plupart du temps. Martineau (1), Horand (2) de Lyon, Remy (3) partagent cette façon de voir, sans nier que dans quelques cas le contraire puisse se produire et que l'on peut voir la vaginite succéder à la métrite. Le Dr Eraud, de Lyon, soutient une opinion toute opposée. En octobre 1888 (4), à une séance de la Société des sciences médicales de Lyon, il affirme que la vaginité blennorrhagique n'existe

(1) *Annales de Gynécologie*, 1885.

(2) *Lyon-Médical*, 1888.

(3) *Ann. de Gynécologie*, 1879.

(4) *Lyon-Médical*, année 1888.

pas si ce n'est exceptionnellement, car il soutient ne l'avoir rencontrée que 3 fois sur 200 cas ; de plus elle n'existe jamais en tant qu'entité morbide isolée, mais bien toujours secondairement à la métrite. Pour prouver ce qu'il avance, le Dr Eraud s'attache à démontrer :

1° Que le vagin dépourvu de glandes, revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié est impropre à la culture des gonocoques. Bumm de Würzburg(1) est du même avis. Pour lui, le gonocoque ne peut se développer que sur l'épithélium cubique. Steinschneider de Breslau (2) montre par des chiffres que la muqueuse du vagin est impropre à la colonisation des gonocoques. Dans la sécrétion vaginale de 37 femmes atteintes de gonorrhée récente et ancienne on ne trouva qu'une seule fois l'élément infectieux ; de plus, sauf dans deux cas, la muqueuse vaginale avait l'aspect normal, n'était ni rouge ni tuméfiée et ne présentait pas de sensibilité spéciale.

2° Qu'il n'y a jamais de globules purulents dans la sécrétion vaginale.

3° Qu'il existe exceptionnellement des gonocoques dans le vagin dans les cas de métrite à gonocoques.

Il conclut ainsi : Il n'y a pas de vaginite sans métrite, tandis que la métrite peut exister sans vaginite, c'est le cas le plus fréquent.

Il semble donc résulter de ce qui suit que la métrite est primitive, que l'inoculation se fait le plus

(1) *Archiv. für Gynäk.*, t. 23.

(2) *Berlin, Klin. Wochensch.*, 1887, n° 17.

souvent directement et que la vaginite est la conséquence de la métrite, le pus utérin se déversant dans les culs de sac où il produit à la longue une véritable macération épithéliale suivie de desquamation.

Dans presque tous les cas de métrite à gonocoques observés à la Maison de Secours, nous avons trouvé les culs de sac remplis de pus; les culs de sac nettoyés, la muqueuse se présentait avec une coloration rouge foncée; sa sensibilité ne paraissait cependant pas exagérée. Dans un cas, les culs de sac antérieur et postérieur étaient cependant nettement érodés et tout contact faisait pousser des cris à la malade.

Ce qui ressort de cette étude c'est donc que la vaginite n'est pas une inflammation dans le sens moderne du mot; c'est une desquamation, une macération, mais enfin elle existe et, ainsi que nous avons pu nous en assurer nous-même dans le service de M. le Professeur Vautrin, dans la presque totalité des cas.

Cette vaginite a une importance diagnostique considérable; on sait en effet que la vaginite est presque toujours blennorrhagique; le pus blennorrhagique est un mordant énergique et produit aussi bien dans le vagin que sur le prépuce des phénomènes qui se manifestent rapidement sous forme de rougeur vineuse et même d'ulcération. Nous ne croyons pas que le pus vulgaire puisse déterminer des phénomènes aussi rapides et aussi intenses sur l'épithélium pavimenteux vaginal.

La vaginite signifie donc pour nous infection par le gonocoque; mais elle signifie aussi métrite car elle

n'existe pas en tant qu'entité morbide isolée ; derrière elle le col est toujours contaminé. Aussi ne faudra-t-il pas seulement guérir le vagin, mais surtout s'appliquer à tarir la source de l'isolement. Dans notre observation n° 4, la vaginite est bien constatée, mais la métrite ne fut diagnostiquée qu'au bout de 7 mois.

Symptômes physiques. — L'examen du col se faisant toujours au spéculum on n'a plus l'habitude de pratiquer le toucher. D'ailleurs, cette méthode d'exploration ne fournirait que peu de renseignements. En effet, que l'on pratique le toucher, on sentira un col qui paraîtra plus gros, onctueux, ou velvétique ; de plus, en appuyant sur le col et spécialement sur son segment postérieur de façon à le faire basculer en avant, la femme pousse un cri et accuse une violente douleur. C'est là un bon symptôme presque constant dans la métrite mais il n'est pas l'apanage exclusif de la métrite blennorrhagique. On peut rapprocher de ce fait que chez les femmes en puissance de métrite le coït est souvent douloureux. Souvent il arrive au praticien d'être consulté pour ce fait qui doit appeler son attention sur l'existence possible d'une métrite.

Pour pousser plus loin l'exploration il faut alors recourir au spéculum : lui seul pourra nous donner des renseignements certains.

L'instrument étant placé et le col faisant nettement saillie au fond du vagin entre l'extrémité des deux valves, on pourra constater les caractères macroscopiques suivants :

Sous le rapport de la forme, le col est gros et sa conformation la plus ordinaire est celle d'un cylindre

régulier. Nous parlons ici de la nullipare, et non de la femme qui a déjà eu des enfants.

Or, l'on sait qu'à l'état normal le col chez le nullipare est très souvent cylindro-conique et s'effile en pointe, rappelant ainsi par son aspect la forme de l'organe copulateur mâle. Eh bien, cette disposition n'existe plus ici, et à la Maison de Secours sur plus de 40 examens de nullipare, à peine avons-nous trouvé deux fois le col ayant gardé sa forme habituelle.

Dans son traité de *Gynécologie*, Pozzi signale ce fait dont nous avons pu vérifier l'authenticité, contrairement à l'opinion de de Sinéty pour lequel le segment cervical ne serait peu ou pas augmenté de volume.

Quant à la coloration du col, rien d'uniforme. Sa couleur est le plus généralement d'un rouge vif. D'autres fois il est violacé, livide, couleur lie de vin. Parfois enfin il y a deux zones de coloration, le rouge écarlate occupant le centre concentriquement à l'ouverture, puis, par une transition insensible une zone d'un rose pâle semée de marbrures blanches occupant la périphérie.

Dans la plupart des cas, le col est porteur d'érosions et d'exulcérations. Les trois quarts des observations en relatent.

Lorsqu'à l'aide d'un petit tampon de coton porté par une pince, on a nettoyé la surface du col des viscosités qui le couvrent, on voit ces exulcérations qui sont presque toujours superficielles se présenter sous la forme de petites plaques rouges, vernissées, rappelant l'aspect de la chair de jambon. Elles sont plus ou moins étendues et quand elles ne couvrent pas la

presque totalité du col elles affectent de préférence la lèvre postérieure. Disons que dans un grand nombre de cas nous les avons trouvées à gauche du plan médian du col. Ces exulcérations saignent très facilement; il suffit pour cela du plus léger contact soit avec le spéculum, soit avec un pinceau ou un porte-mèche. Pour Martineau, ces exulcérations résultent d'une véritable macération épithéliale déterminée par l'écoulement incessant du pus et sa stagnation sur le col. Ces exulcérations, bien que très superficielles, peu profondes se cicatrisent lentement en faisant place quelquefois à des îlots blanchâtres finissant par acquérir une coloration rose uniforme.

Nous n'avons rencontré que rarement de petits kystes; aussi nous suffira-t-il de les signaler. Plus fréquentes sont les productions connues sous le nom de granulations et de folliculites que beaucoup d'auteurs ont voulu assimiler à des éruptions de la peau comme l'herpès, l'acné ou l'eczéma. En réalité ces productions ne sont autre chose que de petites ulcérations à fond jaunâtre ayant en général le volume d'une tête d'épingle.

Il arrive fréquemment que la muqueuse cervicale fasse saillie au dehors du col entrouvert. Elle se présente sous la forme d'un bourrelet rougeâtre, pulpeux, saignant au moindre contact.

L'ouverture du col le plus souvent érodée circulairement laisse échapper du pus. Il est difficile d'en signaler les caractères au début, car, lorsque la femme contaminée vient se présenter à l'examen médical elle est le plus souvent infectée depuis longtemps. On cons-

tate alors que le pus utérin présente une couleur franchement verdâtre, qu'il est en plus ou moins grande abondance, le plus souvent en minime quantité et qu'il couvre la surface du col et parfois aussi celle des culs de sac où il est plus épais par suite de l'adjonction d'un grand nombre de cellules de l'épithélium vaginal. Pendant un temps variable, soit quelques semaines, soit quelques mois, l'écoulement reste purulent, puis sous l'influence du traitement on voit les caractères macroscopiques du pus se modifier. Sa couleur verdâtre s'atténue graduellement; il devient muco-pus, mais sa consistance augmente. L'orifice du col utérin est alors obstrué par un bouchon muqueux excessivement adhérent que les pinces ne parviennent pas à détacher. Cette sécrétion encore légèrement jaunâtre finit par devenir tout à fait claire, et c'est ce qui justifie la qualification donnée par les Allemands qui l'ont comparée à du verre fondu. Pendant la même année, en 1878, Alph. Guérin (1) en France et de Grünewald (2) en Russie étudiant tous deux la métrite, donnaient à ces caractères de la sécrétion utérine une telle importance qu'ils rendaient synonymes ces deux termes de métrite muqueuse ou blennorrhagique.

Microscopiquement l'écoulement contient des globules de pus et des cellules épithéliales. Le microbe pathogène, le gonococcus de Neisser se trouve soit à l'état libre, soit inclus dans les cellules. Quand il n'est

(1) *Leçons cliniques sur les maladies de la femme*, Paris, 1878.

(2) *Revue de Hayem*, 1877.

pas libre, il se trouve de préférence dans les globules de pus et quelquefois dans des cellules épithéliales. Nous n'avons pas à insister sur sa forme comparée par les Français à des grains de café accolés parfois par leur surface plane, présentant de profil la forme d'un 8, par les Allemands à la tête d'une visse vue de face, mais nous devons dire quelques mots sur sa fréquence dans les sécrétions utérines. C'est Bumm de Würzburg (1) qui s'est livré plus spécialement à ces recherches et voici quels en sont les résultats :

« Le nombre des gonocoques dans l'écoulement n'a pas de rapports avec la nature du pus ni avec l'importance des symptômes subjectifs de la maladie. Ainsi dans le muco-pus des stades avancés comme dans le catarrhe glaireux analogue à du verre on trouve souvent des gonocoques en foule ; cette sécrétion fournit donc à l'étude du champignon un champ d'études très facile ». (Trad. personnelle).

Steinschneider (2) insiste sur la difficulté qu'on a parfois de mettre le gonocoque en lumière. « Dans 16 cas de métrite on ne put mettre que 4 fois les gonocoques bien en évidence. Et pourtant dans 6 cas sur 12, il y avait encore un écoulement urétral ». (Trad. personnelle).

Eraud (3) de Lyon va plus loin. Pour lui, la recherche du gonocoque est difficile dans les écoulements utérins, car le microbe y vit peu et s'y trouve en petit nombre. Il doit surtout être recherché dans les

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

produits sanguinolents résultant du grattage de la muqueuse et non dans les bouchons gélatineux ou purulents qui obturent le col. Il occupe surtout le col et rarement le corps.

Récemment, par suite de la ressemblance du gonocoque avec divers diplocoques non pathogènes, on a été jusqu'à nier la valeur spécifique du gonocoque, que plusieurs micrographes auraient vu dans quelques affections qui n'avaient rien de blennorrhagique. De nouvelles études, et la connaissance de procédés de décoloration plus certains, ont permis de restituer au gonocoque toute sa valeur et d'en faire la cause spécifique évidente de la chaudepisse.

Symptômes fonctionnels. — C'est d'abord la douleur, et s'il y a quelque chose de variable subjectivement et matériellement parlant dans la blennorrhagie utérine, c'est bien cet élément là. Quand elle existe, elle n'a pas de localisation fixe; elle est vague, erratique, la malade ne sait à quel endroit la rapporter. Elle siège souvent dans le petit bassin; pour Pozzi, son lieu d'élection serait la région ovarienne gauche, et encore c'est plutôt pour cet auteur un signe de salpingite que de métrite. D'autres fois, elle irradie jusque dans la région lombaire. La marche à pied, les voyages, augmentent la fatigue et rendent la douleur plus vive. Nous sommes loin de nier l'existence de l'élément douleur, mais nous prétendons que dans la période aiguë de la métrite blennorrhagique, elle est souvent peu accusée et mise par la malade sur le compte de ses règles, du manque de repos, etc. Ce n'est alors qu'un malaise général avec

sensation de gêne et de pesanteur dans le bassin. Quoi de plus étonnant que ce malaise passe inaperçu, caché derrière des explications banales que la malade s'est données à elle-même, et combien nous sommes loin de la description classique de la métrite aiguë, où nous la voyons débiter par un frisson avec tout l'appareil fébrile symptomatique des affections aiguës, suivie de tenesme anal et vésical avec tympanite, sensibilité générale de l'abdomen et tendance aux vomissements. Evidemment, ce tableau clinique existe, mais il ne saurait s'appliquer que rarement à l'affection qui nous occupe.

Nöggerath (1), qui a beaucoup étudié la métrite et la salpingite blennorrhagique, a donné de cette forme aiguë intense un tableau saisissant. Le voici d'ailleurs cité en entier :

« Le mari, soit habitant d'une grande ville, soit de par sa position, voyageur, étudiant, etc., etc., a reçu la consécration de son entrée dans les mystères de la civilisation moderne par l'atteinte d'une chaudepisse, qui, bien que semblant tarie, est encore apte après des jours et des années à donner la contagion. La jeune femme, jusque là bien portante, commence après quelques mois de mariage à s'étioler, l'entretien du ménage lui devient plus pénible ; les promenades, autrefois faciles jusqu'au bout, deviennent fatigantes. Les règles deviennent plus profuses qu'auparavant, s'accompagnent de douleurs au début, enfin de pertes qui d'abord se montraient entre deux époques et qui finissent petit à petit à combler toute la période inter-

(1) *La gonorrhée latente*, Bonn, 1872.

calaire. Quelques mois après, de violentes douleurs se font sentir à droite ou à gauche dans le bas-ventre et la femme, par suite de la venue d'un état fébrile, de sensations de brûlure dans le ventre, d'augmentation considérable dans l'intensité des métrorrhagies, se voit forcée de garder le lit et de demander les secours du médecin. D'après la violence du choc, elle reste clouée au lit des semaines ou des mois, luttant pour la vie de toute l'énergie de ses forces épuisées, s'en tire enfin lentement, mais en demeurant à tout jamais invalide ou stérile. » (Trad. personnelle).

Aussi quelle incertitude lorsqu'on procède à l'interrogation si l'on veut fixer le début de la maladie ! La femme ne peut pas savoir quand elle a commencé, la douleur n'ayant pas été assez forte pour éveiller son attention, et si quelque déviation du côté des règles ne vient pas à se produire elle peut être infectée depuis longtemps sans s'en douter.

M. Aubert (1) disait en 1888 : « La blennorrhagie utérine passe le plus souvent complètement inaperçue pour le sujet qui en est atteint. Une femme peut pendant des mois conserver une blennorrhagie et la transmettre, j'allais dire, le plus innocemment du monde sans qu'aucun symptôme l'avertisse qu'elle a une maladie contagieuse. Aussi ai-je coutume de dire, dans ce cas, que le plus sensible réactif de la femme, c'est l'homme ».

Il faut aussi faire intervenir ici des considérations personnelles. C'est l'état intellectuel de la malade qui s'aperçoit bien que depuis quelque temps elle tache

(1) *Lyon-Médical*, 1888.

fortement son linge, manifestations qu'elle mettra sur le compte d'une simple leucorrhée ; c'est encore l'absence de soins ordinaires et la négligence de l'hygiène la plus élémentaire de la femme. Enfin la femme niera la réalité de son affection parce qu'elle aura intérêt à la cacher, etc.

Avant de terminer ce chapitre sur lequel nous avons longuement insisté, nous devons dire quelques mots de l'urétrite, bien que ce sujet ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé. Mais l'urétrite pouvant s'accompagner de douleurs de la miction et de cystite peut à défaut d'autres signes éveiller l'attention de la malade. Dans les cas de blennorrhagie, l'urèthre est souvent atteint, c'est l'opinion de MM. Horand et Aubert de Lyon. Pour Steinschneider l'urèthre serait infecté dans 47 0/0 des cas.

Disons qu'à la Maison de Secours nous l'avons rarement constaté et que dans les observations son existence est très peu fréquemment signalée. Néanmoins elle doit toujours être recherchée, car elle contribue puissamment à établir le diagnostic.

Avec les troubles menstruels, nous abordons une étude plus intéressante et plus importante au point de vue clinique. Comme nous lui consacrons un chapitre spécial, nous ne voulons pas nous y étendre longuement ici.

Disons cependant que dans la métrite blennorrhagique on trouve souvent mais non d'une façon constante de la dysménorrhée, des ménorrhagies et enfin des métrorrhagies et que ces divers symptômes peuvent se succéder dans l'ordre où ils sont indiqués ici.

“ La dysménorrhée ou règles douloureuses est un bon signe avant-coureur des lésions de métrite. « La menstruation régulière ne s'accompagne que de peu de douleurs, qui chez beaucoup font même complètement défaut. Lorsqu'une femme raconte qu'elle a des règles douloureuses depuis quelque temps, alors que précédemment l'écoulement menstruel se faisait parfaitement, et que ces douleurs persistent, on peut les considérer comme pathologiques » (1).

La ménorrhagie n'est que la persistance des règles qui sont prolongées. Cette prolongation suit le plus souvent une gradation croissante et la malade ayant tous les mois une période cataméniale plus longue voit peu à peu se combler toute la période intercalaire ; elle perd alors constamment.

D'autres fois surviennent brusquement des pertes entre deux époques. On dit alors qu'il y a métrorrhagie ; c'est ce symptôme que nous étudierons plus loin.

Signalerons-nous pour être complet la dyspepsie, le facies terreux dénommé si justement le facies utérin, l'état de dépression excessif du système nerveux ? Ces symptômes accessoires qui ont leur importance dans la séméiologie des maladies de femmes, sont ici réduits à leur minimum, et souvent même on constate leur complète absence.

Marche. — Nous pouvons donc légitimement conclure de l'étude des symptômes que la métrite blennorrhagique affecte le plus souvent une forme sub-

(1) Sneguireff, *Hémorragies utérines*, Moscou, 1886.

aiguë, atténuée, légère, qu'elle se dérobe à la recherche du praticien, mais qu'elle peut cependant être diagnostiquée facilement avec le secours du microscope, les commémoratifs faisant souvent défaut ; l'examen avec le spéculum, à l'aide de l'hysteromètre, l'emporte de beaucoup en importance sur les signes fonctionnels qui ne peuvent nullement contribuer à établir un diagnostic différentiel certain.

Dirons-nous que la durée moyenne de la maladie est de un mois à six semaines et qu'elle se termine souvent par la guérison, ainsi qu'on le voit écrit dans les auteurs ? Evidemment cette période est nécessaire à la guérison des ulcérations, et au bout de ce temps le catarrhe purulent du début a presque toujours fait place à une sécrétion blanchâtre limpide qu'on pourrait croire composée uniquement du produit des glandes utérines sans adjonction de globules purulents. Il y a là un amendement des symptômes, mais souvent il n'y a pas guérison, mais transformation de la maladie à l'état chronique.

Il est d'ailleurs facile de s'en assurer, et voici comment : le matin l'on n'a qu'à appliquer un tampon-diagnostic sur le col après avoir parfaitement lavé le vagin avec une solution antiseptique quelconque. C'est à ce moment que se produit le maximum de la sécrétion. On enlève le tampon l'après-midi et l'on examine la sécrétion qu'il porte.

Nous verrons en parlant de la période chronique, pourquoi la maladie est si rebelle à toute guérison et nous chercherons dans des causes anatomiques et virulentes la cause de sa persistance et de son passage à la chronicité.

Période chronique.

En abordant ce chapitre de notre étude, nous voyons combien les classifications sont factices. Quand les deux états d'acuité et de chronicité se succèdent-ils l'un à l'autre ? Quelles sont les manifestations de l'état de transition ? Autant de questions auxquelles il est impossible de répondre ; nous croyons que dans le sujet qui nous occupe, la description topographique doit avoir le premier pas. Elle est incontestablement plus naturelle, plus réelle que celle qui s'appuie sur les modes d'évolution de cette maladie. Nous voyons en effet que la métrite blennorrhagique a une période aiguë qui dure peu, pour céder la place bientôt à l'état chronique, et d'autre part que le col est plus souvent pris que le corps, le traitement variant suivant le cas. La classification topographique paraît donc s'imposer.

Quoiqu'il en soit, la métrite blennorrhagique devient presque toujours chronique ? Y a-t-il des causes qui puissent expliquer ce fait. Évidemment, et nous diviserons les preuves en anatomiques, générales, et en preuves qu'on pourrait appeler chimiques.

Anatomiquement, c'est : 1° La quantité considérable de glandes que renferme dans son épaisseur la mu-

queuse utérine ; glandes en tube simples ou bifurquées, tapissées d'un épithélium cylindrique offrant au virus un refuge où les antiseptiques agissent d'autant plus difficilement que ces culs de sac sont profondément situés ;

2° La muqueuse utérine est en travail perpétuel et il est probable que les modifications circulatoires de la période menstruelle sont plutôt défavorables qu'utiles à la guérison ;

3° Pathologiquement, l'éversion des lèvres du col avec issue de la muqueuse intra-cervicale sont autant d'obstacles pour retarder le travail de régression. Le frottement dû soit au coït, soit au contact des parois du vagin entretient une irritation constante de l'extrémité du col. La muqueuse boursouflée peut produire d'une façon plus ou moins complète l'occlusion du col, d'où obstacle à la détersion.

Au point de vue chimique ce sera : La virulence du pus pathogène (1). « Tel virus est d'une action persistante et jouit de facultés de propagation vraiment singulières soit en surface, soit en profondeur. Il en est ainsi du gonocoque dont la nature et le degré d'intensité doivent être une des causes prépondérantes de la chronicité. »

Enfin, parmi les causes générales y a-t-il lieu de faire intervenir ici un certain degré d'idiosyncrasie ? Il est notoire que certaines constitutions se prêtent mieux à la chronicité de la maladie et que l'état général du sujet est aussi un facteur important. Ne

(1) Doléris, *loc. cit.*

voyons-nous pas la blennorrhagie du l'urèthre mâle guérir tantôt facilement, rapidement, tantôt demeurer déplorablement chronique ?

Telles sont en quelques mots les causes qui forcent pour ainsi dire le passage de la métrite aiguë à l'état chronique. Voyons maintenant la marche de la maladie, car il serait oiseux de passer en revue sa symptomatologie, l'état chronique par le peu d'importance de ses symptômes rares d'ailleurs et se manifestant irrégulièrement après des périodes latentes plus ou moins longues ne se prêtant guère qu'à une vue d'ensemble.

En 1869, Rollet (1) écrivait en parlant de la blennorrhagie chronique utérine : « C'est véritablement la goutte militaire chronique de la femme encore plus indolente, plus larvée, plus chronique que celle de l'homme. »

Et en 1885 (2), Martineau : « Quand la métrite blennorrhagique passe à l'état chronique, c'est sans retentissement marqué sur la santé générale et l'on n'observe pas les troubles sympathiques si fréquents de la métrite virulente. »

L'anatomie pathologique nous fournira-t-elle un meilleur critérium ? Pour M. le Professeur agrégé Bouilly (3), la métrite chronique serait synonyme de parenchymateuse, tandis que dans la période aiguë « l'inflammation se localiserait en général dans la muqueuse seule. »

(1) *Annales de Dermatologie et Syphiliographie*, 1869.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Pathologie externe*, t. 4. Paris, 1889.

Nous ne pouvons pas, faute d'expérience personnelle, faute de preuves nécropsiques, apporter notre contribution à l'étude de faits qui ne sont pas encore nettement connus à l'heure qu'il est; nous aimons mieux sur la foi des ouvrages les plus récents admettre que si la métrite débute constamment par la muqueuse, les lésions n'y restent pas limitées et envahissent consécutivement le parenchyme.

De Sinéty (1) écrivait en 1884 : Comment admettre qu'une muqueuse aussi mince que la muqueuse utérine puisse présenter des lésions consécutives à un état aigu sans que les tissus qui la supportent soient eux-mêmes malades ? Comment admettre que les glandes soient atteintes sans qu'on observe en même temps une altération de leurs gaines lymphatiques qui communiquent largement avec les espaces lymphatiques du parenchyme ?

Depuis cette époque, les résultats des observations cliniques ne sont pas faits pour dissiper la confusion qui règne dans le domaine anatomo-pathologique de la métrite. On a pu constater en effet d'une part que dans des cas de métrite chronique bien constatés, la muqueuse seule était atteinte, au moins grossièrement; que l'hystérométrie ne permettait de constater aucun changement dans l'état du parenchyme, et que d'autre part on avait reconnu par contre l'existence évidente de lésions du parenchyme dans des métrites aiguës.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'anatomie

(1) *Traité pratique de Gynécologie*, Paris, 1884

pathologique est donc impuissante à nous servir de base pour établir la division de la métrite quant à ses périodes, l'étude microscopique faite d'après coupes étant encore incertaine et ayant porté d'ailleurs sur des cas de métrite puerpérale.

Nous dirons donc que la métrite chronique blennorrhagique est une forme latente torpide, dont l'existence peut presque passer inaperçue dans le plus grand nombre des cas. Après une période plus ou moins longue, la muqueuse se guérira et il ne subsistera que des lésions scléreuses du parenchyme qui seront définitives.

Nous laisserons donc de côté l'écoulement épais glaireux qui finira par s'amender sans nécessiter l'intervention du praticien, la malade n'en prenant pas souci, et nous dirons que dans deux circonstances seules, la métrite chronique se traduit par des symptômes assez accentués pour que la malade, se sentant menacée dans son existence, vienne se soumettre à l'examen médical.

Ces circonstances seront : des pertes répétées qui anémient la malade, et la survenance d'une grossesse.

Nous étudierons en détail les métrorrhagies et nous verrons que dans ce cas la muqueuse présente l'altération connue sous le nom de fongueuse ou de polypeuse.

La survenance d'une grossesse rendra tangible la maladie en faisant passer la métrite du col au corps si la femme n'avait pas eu d'enfants auparavant et, de toute façon, en compliquant gravement les suites de couche.

Pour Nöggerath (1), « l'accouchement est suivi d'une grave endométrite aiguë avec périmérite, la métrite blennorrhagique provoquant une vive fièvre puerpérale et se traduisant par la présence d'une sécrétion longue et persistante de pus franchement pur ». (Trad. personnelle.)

Quant à l'état général, il est aussi peu influencé que possible par la métrite ; la santé est le plus souvent bonne, la dyspepsie n'existe pas souvent et ce n'est qu'à la suite de pertes abondantes que la femme prend le faciès utérin.

Tendance à passer toujours à l'état chronique et tenacité de cet état chronique, c'est là ce qu'il importe de retenir. En 1846, Ricord écrivait déjà : « La maladie est tenace quand elle a pour siège la cavité de l'utérus. Le catarrhe utérin est sans contredit la plus rebelle et la plus opiniâtre de toutes les formes de la blennorrhagie, celle qui résiste le plus et est presque inexpugnable surtout chez les femmes qui ont eu des enfants (2) ».

La chronicité de la métrite n'implique pas qu'elle ait forcément son siège dans le corps.

Il y a des métrites chroniques qui restent limitées au col, qui peuvent guérir sans atteindre jamais le corps.

Néanmoins, plus la métrite s'éternise, plus elle a de la chance à continuer sa marche ascendante. N'est-ce pas ce qui se passe de la même façon dans l'urèthre mâle où, d'abord cantonnée à la partie antérieure, elle finit par atteindre la portion membraneuse ?

(1) *Die latente Gonorrhæ*, Bonn, 1872.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 10 sep. 1846.

Métrite du col

Nous avons déjà dit que la classification en métrite du col et du corps n'avait rien de factice, que le col était l'organe le plus souvent affecté et aussi que le corps n'était envahi la plupart du temps que secondairement dans des conditions bien définies. « Les lésions anatomiques doivent être examinées séparément dans le col et le corps de l'utérus ; le plus souvent elles évoluent parallèlement dans ces deux régions, mais l'inflammation peut aussi se localiser plus spécialement dans l'une ou l'autre d'entre elles. D'ordinaire elle prédomine dans le col » (1).

Cette prédominance reconnaît comme cause essentielle l'existence de ce qu'on appelle l'orifice interne du canal cervical. A l'état normal chez la nullipare, cet orifice est fermé et ne s'entrouvre légèrement que pour livrer passage au sang des menstrues. Cet orifice interne qu'on pourrait appeler à plus juste raison le sphincter interne, joue ici le même rôle que le sphincter membraneux de l'urèthre mâle. De même qu'il y a uréthrite antérieure chez l'homme, il y aura métrite cervicale chez la femme, la limitation au mal étant due dans les deux cas à l'existence d'un obstacle na-

(1) *Pathologie clinique chirurgicale*, Gross, Paris, 1892.

turel qui suffit dans beaucoup de cas à s'opposer à la marche ascendante du germe pathogène.

Non seulement l'infection prédomine dans le col et peut s'y cantonner à l'exclusion du corps et du vagin qui peuvent en être indemnes, mais le col est encore son point de départ. Le col est toujours atteint, quelquefois isolément, d'autre fois il y a concomitamment métrite du corps, et vaginite.

Sur 151 observations prises à la Maison de Secours de femmes soumises ou s'adonnant plus ou moins ouvertement à la prostitution et soignées pour maladies vénériennes, on trouve 97 cas de métrite du col.

Dans quels cas le col est-il seul atteint? C'est lorsque la femme n'a pas encore eu d'avortements ou d'accouchements. « Chez la nullipare, c'est surtout le col qui est atteint. Le corps est le siège de l'infection lorsqu'il a été soumis à une ampliation, suite de grossesse ou d'avortement » (1).

Eraud, de Lyon (2), est du même avis. « Presque en thèse générale, chez les femmes qui n'avaient pas encore de passé génital qui, partant, n'avaient éprouvé ni fausses couches, ni grossesses, je me suis assuré que le gonocoque vivait presque exclusivement dans le col. »

Nous avons pu nous assurer nous-même de la véracité de ces faits pour un certain nombre de cas, mais cette règle souffre de nombreuses exceptions, ainsi que nous le verrons plus loin et comme il est aisé de le vérifier par la lecture de nos observations.

(1) Schmitt, *Revue médicale de l'Est*, 1889.

(2) *Loc. cit.*

Il se présente cependant une cause d'erreur qu'il importe de signaler. Il arrive souvent que la cavité cervicale subisse une ampliation assez forte. L'hystéromètre étant introduit on croira déjà se trouver dans le corps et toucher le fond de l'utérus, alors que l'instrument est dans le col et vient heurter l'orifice interne. Ces cas sont rares et il suffit de les signaler pour qu'avec un peu d'attention on puisse éviter toute cause d'erreur. La lecture de la graduation de l'hystéromètre lèvera tous les doutes. On s'est encore basé sur l'aspect du pus secrété pour établir un diagnostic différentiel entre la métrite du col et celle du corps et on a dit que la sécrétion dense, filante, était surtout l'apanage du col, celle du corps étant plus fluide et généralement plus purulente. Ce signe n'a qu'une valeur toute relative et jusqu'ici c'est à l'hystéromètre que l'on doit avoir recours lorsqu'il faut établir ce diagnostic.

Catarrhe d'abord purulent, puis glaireux, et de plus en plus limpide, tuméfaction inflammatoire du col augmenté de volume, exulcérations de la muqueuse aussi bien à l'intérieur du canal cervical que sur le museau de tanche, sécrétion parfois sanguinolente mais en petite quantité, éversion de la muqueuse hors de l'orifice érodé, mâchonné, tels sont les signes physiques de la métrite du col à l'état aigu.

Catarrhe glaireux analogue à du blanc d'œuf cru, hypertrophie du col souvent durci et ulcéré, coloration pâle marbrée de rouge du museau de tanche souvent en ectropion, aspect fongueux de la muqueuse du canal cervical : tels sont les signes les plus ordinaires de la métrite du col à l'état chronique.

Mérite du Corps.

Nous pouvons dire que l'étude de la métrite du corps est de date plus récente que celle de la métrite cervicale, surtout en France. Tandis que chez nous tout est métrite du col, en Allemagne, toute métrite est une métrite du corps. Nous croyons qu'il y a exagération des deux côtés. La métrite cervicale est évidemment, en ce qui concerne notre sujet, la plus fréquente ; quand il y a métrite le col est toujours atteint sans qu'il y ait nécessairement une métrite du corps. Nous avons déjà dit que la métrite du corps avait besoin de certaines conditions spéciales pour naître et se développer, et qu'elle était le plus souvent le corollaire de l'accouchement ou de l'avortement, la femme étant déjà infectée. Nous disons le plus souvent, car nous verrons dans nos observations prises à la Maison de Secours plusieurs cas où la métrite du corps existait nettement, bien que les antécédents personnels de la malade ne mentionnent aucune grossesse.

Il est donc de toute importance pour le clinicien de vérifier si le col est seul atteint, si tout l'utérus est frappé d'altération et nous ne saurions trop insister alors sur la valeur de l'hystérométrie et sur l'importance des signes qu'elle peut nous fournir. Huguier

en France, Simpson en Angleterre, Kiwisch en Allemagne ont surtout contribué à nous familiariser avec ce mode d'exploration.

Des accidents mortels dus à des perforations utérines, la possibilité de transporter des germes pathogènes du col dans le corps ont jeté à un moment quelque discrédit sur ce mode d'exploration et Scanzoni s'était élevé fortement contre l'usage prétendu immodéré de l'hystéromètre. De nos jours on n'hésite plus tant à pratiquer la mensuration de l'utérus après avoir pris auparavant toutes les précautions antiseptiques nécessaires, lavage du vagin, nettoyage antiseptique du col aussi complet que possible, stérilisation rigoureuse de l'instrument. L'hystéromètre doit être poussé avec douceur, et l'on doit s'arrêter devant toute résistance même assez légère que peut présenter l'utérus infléchi ou ayant son orifice interne fermé.

Dans ces cas, on doit se servir d'un hystéromètre malléable auquel on peut imprimer la forme qui s'adapte à l'inflexion particulière présentée par l'utérus. Le mieux est de se servir toujours d'hystéromètres métalliques, les hystéromètres en corne étant bien flexibles, il est vrai, mais se désinfectant mal.

Chez la nullipare l'utérus a une longueur de 5 à 6 centimètres ; chez la pluripare de 6 à 7. Si l'instrument révèle une plus grande longueur c'est que l'utérus est augmenté dans le sens de son diamètre longitudinal.

A l'état normal l'hystéromètre est immobilisé entre les deux parois utérines presque accolées ; si son bec est mobile, s'il peut être tourné en divers sens c'est

que la cavité est plus grande ; les diamètres transversal et antéro-postérieur sont alors accrus.

Le cathéter utérin nous donne encore la possibilité de percevoir quoique plus vaguement l'état fongueux de la muqueuse. Pour toutes ces opérations il est préférable de n'introduire le cathéter qu'après avoir mis le spéculum ; on évitera plus sûrement ainsi toute violence, et toute fausse route.

Ce mode d'exploration nous donnera donc avec une précision suffisante tous les renseignements que nous désirons. Perméabilité du col, état macroscopique de la muqueuse, ouverture de l'orifice interne, diamètre longitudinal de l'utérus, tels sont les signes physiques à rechercher à défaut de signes fonctionnels. Nous avons déjà dit que ces derniers ne pouvaient nous donner des renseignements précis ; que de l'état du col, de la qualité des sécrétions on ne pouvait rien conclure. Il y a cependant ici une réserve à faire en ce qui concerne les pertes rouges.

Lorsqu'une femme porteur d'une métrite blennorrhagique voit ses règles augmenter d'intensité, devenir des métrorrhagies, on peut après s'être assuré qu'il n'y a pas de fibrome dans la cavité utérine, porter le diagnostic de métrite hémorragique du corps. Ici encore l'hystérométrie est indispensable pour s'assurer de la perméabilité de l'orifice interne du col et de l'absence de fibro-myômes, de cancer, etc.

La métrite du col peut à elle seule donner lieu à des pertes sanguines ; mais c'est un suintement léger qui se mêle au pus secrété et le colore légèrement.

« Quand la maladie envahit le corps, les malades

accusent des pertes rouges survenant sans traumatismes, sans contractions utérines, résistant le plus communément au repos horizontal et à l'usage interne des médicaments hémostatiques. Il est frappant de voir dans ces cas combien il est facile de faire pénétrer la curette ou tout autre instrument dans le corps de l'utérus » (1).

On peut vérifier le fait dans les trois observations qui nous sont personnelles.

Ces pertes commencent par n'être d'abord que des règles prolongées, des ménorrhagies, avec ou sans dysménorrhée; puis se rapprochant toujours, la femme, suivant l'expression vulgaire, finit par être toujours dans le sang. Quand cet état se prolonge pendant trois ou quatre mois, on observe des palpitations, un amaigrissement général, des troubles nerveux et de l'altération des traits avec pâleur des téguments.

C'est le type utérin.

Le diagnostic différentiel doit se faire d'avec le cancer, le fibrôme et la métrite tuberculeuse.

(1) *Lyon-Médical*, 1889.

Fréquence de la Métrite blennorrhagique

Après l'étude des diverses modalités de la métrite blennorrhagique, nous devons dire d'une façon générale quelle est sa fréquence. Cette question a bien varié, mais l'on peut dire que plus l'on s'approche de la période contemporaine et plus on assigne à la blennorrhagie un rôle prépondérant dans l'étiologie de la métrite. Sous l'influence des doctrines humorales, on ne vit partout que des métrites constitutionnelles, et l'altération utérine relevait du lymphatisme, de la scrofule. Plus tard, avec les théories de Broussais, on ne voit partout que des troubles inflammatoires, tout relève de la congestion et l'on confond la métrite avec de simples troubles de nutrition tels que la subinvolution, la congestion, l'hyperplasie, l'engorgement, etc., etc.

De nos jours, on admet que toute métrite résulte d'une inflammation septique, mais on ne donne à la métrite blennorrhagique qu'une bien petite part dans la pathogénie générale de la métrite. Nous devons donc examiner : 1° la fréquence de la métrite à gonocoque chez les femmes infectées de blennorrhagie; 2° sa fréquence par rapport aux autres variétés de métrite.

1° A notre époque on ne nie plus la blennorrhagie

utérine, mais malgré la connaissance parfaite des causes qui l'engendrent, on nie encore sa fréquence et pour beaucoup d'écrivains contemporains, la métrite blennorrhagique est encore une rareté.

En Allemagne Zeissl, Lewin, Sigmund, n'envisagent guère comme localisation du gonocoque dans les organes génitaux internes de la femme que l'urèthre et le vagin ; Martin (1) prétend que cette métrite est assez rare. En France beaucoup d'auteurs sont du même avis. Pour Aubert (2) de Lyon, chez 8 femmes contaminées, 8 fois le gonocoque est dans l'urèthre, et une seule fois dans l'utérus. Il est vrai que quelques mois plus tard son opinion varie et qu'il estime que l'utérus est atteint dans la proportion de 10 0/0. Dans la même séance, Julien croit cette proportion encore plus forte, malheureusement il ne donne pas de chiffres.

Pour Remy, (3) les femmes blennorrhagiques seraient atteintes de métrite dans la proportion de 60 0/0. Pour Eraud de Lyon (4) la proportion est un peu moindre, elle ne serait que de 50 0/0.

Sænger en Allemagne donne la même proportion et ajoute : si la métrite blennorrhagique passe si souvent inaperçue, c'est que les gonocoques disparaissent vite de l'urèthre. Mais ils persistent dans le col et le corps utérin, sans nécessairement donner lieu à une inflammation.

Citons encore en Allemagne, Bumm, Kroner, Schrœ-

(1) *Traité clinique des maladies de femme*, Paris 1889.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

(4) *Loc. cit.*

der, Steinschneider (1); ils ont beaucoup contribué à mettre en évidence la fréquence de cette variété de métrite. Steinschneider surtout enseigne que le siège primordial et essentiel de la blennorrhagie est l'utérus.

2° Ici encore que d'opinions contradictoires !

Martineau (2) n'aurait observé que 10 fois la métrite sur 4,000 cas. Horand de Lyon, sur 483 examens, n'a trouvé que 40 fois un écoulement utérin, et sur ce nombre il n'y avait que 6 fois des gonocoques.

Dolérus classe ce genre de métrite parmi les variétés rares.

Il faut arriver jusqu'à Barnes en Angleterre et Schröder (3) en Allemagne pour lire dans leurs traités que l'infection blennorrhagique joue un rôle considérable dans l'étiologie de la métrite.

En France, Gross (4) de Nancy et Pozzi à Paris, enseignent la même chose. Ce dernier n'écrit-il pas dans son traité de gynécologie : « Combien de fois l'infection blennorrhagique qui est une cause si efficace de métrite ne joue-t-elle pas également un rôle chez les nouvelles mariées ? Que de maris qui se croient totalement guéris et n'attribuent aucune importance à un léger suintement urétral lequel va cependant contaminer sinon le vagin ou l'urèthre, du moins la cavité utérine et les trompes de la jeune femme ! C'est à cette cause, sans doute, beaucoup plus qu'au traumatisme exercé par un coït trop répété qu'il faut attribuer les métrites des prostituées. » Il est à regret-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Traité des Maladies des org. génitaux de la femme*, Bruxelles, 1886.

(4) *Loc. cit.*

ter que l'éminent gynécologiste français ne fasse pas suivre cet exposé de quelques chiffres à l'appui.

Cette statistique, c'est Steinschneider (1) qui nous la fournit : « Oppenheimer a trouvé 30 fois une métrite à gonocoques chez 108 femmes enceintes, ce qui fait une proportion de 27 0/0.

Lomer l'a rencontrée 9 fois chez 32 femmes en couches, ce qui donne 28 0/0.

Schwarz sur 617 examens de femmes l'a rencontrée 77 fois, ce qui donne le rapport de 12,4 0/0.

Enfin, Sænger, de Leipzig, admet comme atteintes de la même infection 1/9 des femmes de sa pratique et Næggerath affirme d'après ses observations personnelles l'avoir trouvée dans la proportion de 16 0/0 chez ses malades de New-York. » (Trad. personnelle.) Et combien de cas ne faut-il pas distraire des métrites dites puerpérales pour les ranger dans le cadre de la blennorrhagie ? Næggerath a le premier contribué à appeler l'attention médicale sur ce point. Chez les femmes gonorrhéiques, l'accouchement serait suivi d'endométrite et de périmétrite dans 75 0/0 des cas. Pozzi, après avoir remplacé le mot de périmétrite par celui de salpingite, ne croit pas ce rapport exagéré.

A la Maison de Secours, sur un total de 151 observations, embrassant une période d'un peu plus d'une année (printemps 1891 jusqu'à maintenant) et représentant les femmes atteintes de maladies vénériennes, nous avons relevé dans 103 cas de la vaginite. Toujours il y avait de la métrite concomitante.

(1) Berlin, *Klin, Wosch*, 1887.

Des Métorrhagies

Avant d'aborder l'étude des métorrhagies dans leurs rapports avec la métrite blennorrhagique, nous devons dire quelle place ce symptôme occupe dans la pathologie utérine.

Dans le tableau qu'il a dressé, Sneguireff (1) montre que pour la femme, à quelque âge qu'on la prenne, la métrite et l'endométrite seraient causes de métorrhagies dans 18 0/0 des cas, le cancer dans 25 0/0, et le fibrome dans 19 0/0.

Si, au contraire, on considère la jeune femme, et l'auteur parle ici de la femme depuis qu'elle est réglée jusqu'à 25 ans environ, la proportion change et la métrite vient en première ligne. Ainsi, à cette période, le fibrome et le cancer n'ont à leur actif que 5 à 6 0/0 de cas de métorrhagies, tandis que la métrite occupe la prépondérance avec le rapport de 15 0/0.

Peut-être même ce chiffre n'est-il pas assez fort car, dans la même statistique, l'auteur parle de subinvolution, d'anteflexion qui donneraient lieu à des pertes dans 25,5 0/0 des cas. Il est permis d'émettre l'hypothèse que quelques-uns de ces cas peuvent bien appartenir à la métrite.

(1) *Des Hémorragies utérines*, Paris, 1886.

Nous voyons donc que jusqu'à 25 ans, et toutes nos malades observées ne sont pas plus âgées, la métrite avec toutes ses formes est avec l'avortement et le fibro-myôme, une des grandes causes de métrorrhagies.

Voyons maintenant la métrorrhagie comme symptôme de la blennorrhagie utérine.

Sa fréquence. — Parent Duchâtelet est à peu près le seul auteur qui cite des chiffres : « Les pertes abondantes constituant une maladie et sans la moindre lésion organique, sont assez fréquentes chez les prostituées. Dans l'espace de six mois j'ai pu en observer douze (1) ». A la Maison de Secours, sur 103 cas de métrite, nous avons trouvé 9 cas de métrorrhagie.

Mode d'évolution. — Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce point; nous en avons déjà parlé à propos de la métrite aiguë, et avons dit qu'elle débutait généralement par des règles douloureuses qui se prolongeaient si bien que les périodes arrivaient à se confondre et que la femme était toujours dans le sang, suivant son expression.

Ces pertes peuvent se produire à divers stades de l'évolution de la métrite.

Ainsi, l'on en observe souvent dès le début, quelques mois et même quelques années après l'installation de la maladie. Suivant le moment, la manière d'être varie, en tant que symptômes et abondance.

Au début, ce sont généralement les premières règles qui sont déviées de leur type normal. Au lieu

(1) *De la prostitution dans la ville de Paris.*

de durer 4 à 6 jours comme c'est la normale, elles persistent pendant un et jusqu'à deux septénaires.

La quantité de sang perdue n'est généralement pas très forte et ce qu'il y a de remarquable à signaler, c'est une période d'accalmie presque complète qui leur fait suite. La femme n'accuse plus aucune douleur, le col paraît moins tuméfié, moins rouge, et la sécrétion utérine même diminue de quantité d'une façon notable et change de nature. M. le Professeur agrégé Vautrin a appelé notre attention sur ce fait qu'il aurait eu l'occasion de vérifier bien souvent. Eraud, de Lyon, avait également observé ce fait et il en avait fait une forme spéciale dénommée par lui métrite hyperémique et avait donné, à l'appui de son dire, l'observation suivante que nous résumons.

OBSERVATION I. — *Lyon-Médical*, année 1889.

Marceline B..., 16 ans, culottière, entre le 12 mai 1888 dans le service de M. le Professeur Gailleton.

Premières règles à 13 ans. Depuis, menstruation irrégulière.

Premiers rapports sexuels à 15 ans.

19 mai. — Douleurs de la Miction. Pus urétral avec gonocoques. Pus utérin glaireux. Pas d'ulcération du col.

26 juin. — Pus utérin séro-muqueux avec gonocoques et nombreux globules rouges. Col rouge à sa face interne.

7 juillet. — Bouchon énorme de glaires séro-purulentes au col.

Les dernières règles n'ont pas été plus douloureuses que d'habitude mais plus abondantes.

18 juillet. — Pus utérin muco-albumineux, pas de gonocoques. Col ni rouge, ni tuméfié, ni exulcéré.

L'observation va jusqu'au commencement d'octobre et signale une absence complète de symptômes

fonctionnels. La sécrétion s'amende, on n'y trouve plus de gonocoques. Le col est et reste normal.

Eraud s'est basé pour décrire cette variété de métrite sur l'absence de toute ulcération du col ; en outre il en a fait un genre à part et cela nous paraît exagéré. Il serait plus vrai de dire que c'est là le début presque obligé de toute métrite. Nous voyons donc qu'ici la ménorrhagie a peu d'importance, comme durée, comme abondance et que les symptômes locaux n'ont qu'une faible intensité. Si nous continuons à passer en revue l'évolution de la métrite nous voyons la métrorrhagie revêtir une autre allure, mais ici il faut distinguer deux formes cliniques qui répondent chacune à un état anatomique différent de la muqueuse, et qui seront justiciables d'un traitement différent.

Dans la première la métrorrhagie est un symptôme de la métrite. Dans la seconde la métrorrhagie est toute la maladie ; ce n'est plus un symptôme et l'on peut dire que le nom de métrite hémorrhagique d'origine blennorrhagique lui conviendrait le mieux.

La première, celle qu'Eraud dénommait métrite ulcéreuse, est la première en date et peut-être la plus fréquente. La métrorrhagie commence par des ménorrhagies avec ou sans dysménorrhée. Il y a des intervalles de repos, puis métrorrhagie avec ou sans douleur, puis repos. En voici un exemple :

OBSERVATION 2. — (Personnelle.)

Marie F..., 25 ans, domestique, entre le 17 octobre 1891 dans le service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

Orpheline, mère morte d'une tumeur dans le ventre.

Aurait eu la scarlatine à l'âge de 8 ans. Etat général : débilité.

Réglée à 12 ans et demi ; époques généralement longues.

17 octobre. — Entre pour syphilis. A l'inspection du vagin, on trouve une forte vaginité des culs de sac avec métrite purulente.

Le col est gros, cylindrique, non ulcéré.

Interrogée sur le début, ne sait quelle date lui assigner.

N'a jamais éprouvé de douleurs dans le bassin, ni de fatigues à la suite d'une marche ou de la station debout prolongée. N'a eu ni grossesses, ni avortements. N'a jamais perdu en rouge en dehors de ses règles.

Jusqu'au commencement de janvier, amendement des symptômes.

La vaginite disparaît à peu près complètement et la métrite de purulente devient glaireuse. Pendant cette époque lavages à la créoline et injections intra au nitrate d'argent concentré.

Le 24 janvier, commence à perdre beaucoup. Elle est mise au repos horizontal et on lui administre 0 gr. 25 d'ergot de seigle à l'intérieur. Les pertes sont parfois douloureuses.

Jusqu'au 30 mars elle continue à perdre, bien que plus modérément, mais presque sans relâche.

Le 30 mars injection d'ergotine dans la peau de l'abdomen.

Le 27 avril, l'écoulement résistant à tous les moyens médicaux, on la traite par les courants continus, à raison de 4 séances de 5 minutes chacune. Maximum 45 à 50 milliampères.

Amélioration et guérison.

Dans cette observation, nous voyons que la maladie a suivi une marche très subaiguë et que les symptômes fonctionnels et physiques ne forment pas un tableau clinique chargé. Les pertes qui ne se sont produites que trois mois après son entrée sont plus persistantes que dans le cas précédent. Les moyens

ordinaires échouent, la galvano-caustique chimique seule réussit. Ajoutons que l'hystérométrie pratiquée, a accusé une longueur de 6 cent. pour l'utérus et que l'instrument a glissé sur une surface unie sans donner lieu à aucune secousse. On est donc autorisé à conclure que la muqueuse ne présentait aucun aspect végétant. Voici encore un autre exemple du même genre :

OBSERVATION 3. — (Personnelle).

Joséphine A..., 23 ans, journalière, entre le 4 novembre dans le service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

Parents vivants et bien portants.

Aurait eu la fièvre typhoïde à 9 ans. Réglée à 16 ans normalement.

Etat général robuste. N'a jamais fait d'accouchements ni d'avortements.

4 novembre. — A l'examen au spéculum, forte vaginité des culs de sac. Le col est gros, tuméfié, de forme cylindrique. Petite ulcération à gauche. Pus abondant de couleur verdâtre. Ne sait assigner aucune date au début de la maladie.

N'a jamais senti aucune douleur dans le bas-ventre, pas même à la suite de marches, de fatigues, etc. Jamais de pertes en dehors des règles.

29 décembre 1891. — La vaginite s'améliore. Encore du pus dans les culs de sac. Ecoulement du col moins abondant, il est séro-purulent. Commence un peu à perdre en rouge. Pas de douleurs.

26 janvier 1892. — Vaginite guérie. Ecoulement séro-purulent du col. Pertes continuent, mais faiblement. Traitement : repos au lit et ergot de seigle à l'intérieur.

Les pertes continuent faiblement pendant le mois de février et la malade sort en mars de la Maison de Secours. Elle reprend

ses occupations mais continue à perdre faiblement mais continuellement et toujours sans douleur.

Elle revient se faire soigner en juin.

Juin 1892. — Vagin rose couleur normale. Culs de sac très peu enflammés. Col gros, pâle, cylindrique. Un peu d'éversion de la muqueuse. Écoulement muqueux légèrement purulent, mélangé de sang ; c'est plutôt un écoulement rouillé. A l'hystéromètre, utérus de 6,5 centimètres. Pas de fongosités. Ici les pertes sont moins abondantes que dans le cas précédent. C'est plutôt un continué suintement sanguin venu de l'utérus.

La malade est actuellement soumise à des séances d'électricité. Courants continus.

OBSERVATION 4. — (Service de M. Lanceraux à Lourcine) rapportée par Remy (1).

Célestine F... 18 ans, entre à Loureine le 8 mai 1874.

N'est malade que depuis un mois, santé excellente jusque là.

Le 17 mai examen au spéculum. Les parois du vagin sont d'un rouge vif et couvertes d'une sécrétion purulente.

La vaginite est guérie par des tampons renfermant de l'alun.

La malade sort en juillet. Jusque là il n'est rien dit de l'état du col.

Le 27 août, la malade rentre à l'hôpital ; elle a une hémorragie utérine qui date de trois semaines, qui s'accompagne de violentes douleurs dans le ventre, surtout dans les flancs et qui nécessite le repos au lit.

Le repos arrêta l'hémorragie, les douleurs cessèrent et une deuxième menstruation se fit sans douleurs nouvelles mais en très grande abondance.

La malade sortit après un mois et demi de séjour.

(1) *Annales de Gynécologie*, 1879, tome XI.

Deux mois après elle reparut à la consultation, se plaignant de douleurs dans le ventre. On diagnostiqua une métrite, mais elle ne fut pas admise.

Six mois après elle revint à l'hôpital et fut soignée toujours pour une métrite.

Ce cas qui rentre bien dans le cadre de notre sujet est absolument typique ; de plus cette observation a le mérite de nous montrer combien on néglige souvent la recherche de la métrite, et combien l'on se contente du diagnostic de vaginite sans chercher plus loin, et sans examiner si le col est aussi contaminé.

OBSERVATION 5. — (Même service à Lourcine), rapportée par Remy.

Marie L..., 18 ans, entre le 5 mai 1874 pour un écoulement des parties génitales qui dure depuis le mois de mars.

Muqueuse vaginale d'un rouge vif. L'introduction du spéculum est douloureuse.

La vessie est intacte, mais le col utérin présente un orifice qui s'excave.

Légère adénite dans l'aîne droite due à la violence de la vaginite.

Le 8 juin suivant, la blennorrhagie persiste malgré l'emploi de tampons imbibés de solution de chloral. C'est l'époque de la menstruation. Il se produit une métrorrhagie qui s'accompagne dans les jours suivants du 12 au 15 juin de douleurs vives dans l'hypogastre.

Le 29 juin, cette fille quitta l'hôpital sans être guérie ; elle fut obligée d'y rentrer le 5 août suivant.

Elle avait souffert pendant sa menstruation de douleurs aiguës.

Elle présente encore actuellement une vaginite d'une médiocre intensité, mais son col est rouge, un peu grossi, l'orifice en est

largement ouvert, et laisse écouler un liquide tantôt filant et transparent, tantôt muco-purulent.

OBSERVATION 6. — (Même service à Lourcine) ,rapportée par Remy.

Émilie B..., 19 ans, entre le 21 mars 1875 à l'hôpital de Lourcine pour plaques muqueuses de la vulve et pour un écoulement d'apparence blennorrhagique.

En avril eut lieu le premier examen. Le vagin est rouge, rempli de pus.

Le col est entr'ouvert et laisse écouler un liquide filant. La malade accuse de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche, dans la région ovarienne.

Au commencement du mois de juin, cette fille a des règles d'une abondance extraordinaire. Lorsqu'elles ont cessé, on constate que le col n'est pas augmenté de volume, mais est toujours entr'ouvert et secrète du mucus filant ; les douleurs dans le flanc gauche persistent.

L'écoulement transparent se modifie peu à peu. Au 18 juin il est devenu purulent et les douleurs abdominales persistent. Cette fille sortit de l'hôpital non guérie.

OBSERVATION 7. — (Même service), rapportée par Remy.

Valentine, 22 ans, entrée le 5 septembre 1874, a déjà été soignée pour la syphilis et une vaginite en 1872. Elle a actuellement des douleurs dans le ventre, des pertes blanches, de la vaginite du cul de sac postérieur.

Le col est d'un rouge vif, sans érosions, sans hypertrophie ; son orifice s'ouvre et il s'en écoule un liquide transparent.

Au moment de la menstruation, en octobre, survient une perte considérable. A la suite, la sécrétion utérine devient muco-purulente, les douleurs augmentent.

Le col ne s'hypertrophie pas à la suite, mais il devint violet, et les bords de l'orifice furent marqués par un petit liseré rouge.

Le traitement le plus utile dans ce cas fut l'application sur le col, deux fois par semaine, d'un pinceau trempé dans le perchlorure de fer. Sortie en décembre 1874.

OBSERVATION 8. — (Inédite).

Marie Ch..., 29 ans, domestique, entre le 16 mai 1891 dans le service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

Sa mère serait morte d'une tumeur dans le ventre.

Pas d'antécédents personnels. Entrée pour syphilis.

27 mai. — Au spéculum on constate une vaginite assez légère dans les culs de sac avec pus. Le col est gros, ulcéré et érodé.

La malade perd en rouge.

21 juillet. — Depuis le mois de mai, n'a pas cessé de perdre en rouge.

On pratique le curettage du col ; puis injection au chlorure de zinc concentré, et tampon de salol et d'acide borique.

29 juillet. — L'écoulement purulent persiste. Il y a des granulations à la surface du col. Un peu de vaginite. Le col est badi-geonné à la teinture d'iode.

12 août. — Ecoulement du col encore purulent. Un peu de vaginite.

19 août. — La malade a ses règles ; elle sont normales.

9 septembre. — Plus de vaginite. Quelques granulations autour du col. Ecoulement cervical clair, presque insignifiant. Pas de perturbations de menstrues. Sort le 17 septembre 1891.

OBSERVATION 9. — (Inédite).

Joséphine M..., 23 ans, servante, entre le 21 juillet 1891 dans le service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

Père vivant, mère morte. Pas d'antécédents personnels.

Entre pour ses pertes.

Jusqu'au 19 août continue à perdre. Injections de créoline.

26 août. — Examinée au spéculum. Métrite et vaginite purulente, les pertes ont cessé. Rien sur le col.

2 septembre. — Plus de pertes rouges. Exeat.

N'est plus revenue au service.

Dans cette série d'observations que nous venons de publier, il est un fait à remarquer : presque toujours la métrorrhagie a été accompagnée de douleurs et ces douleurs ont été vives et persistantes.

De plus, la sécrétion muqueuse filante venant de l'utérus est redevenue purulente. Nous n'avons rien trouvé de semblable chez nos deux malades (observations 2 et 3) ; le sujet de notre deuxième observation a bien éprouvé quelques douleurs, mais ces douleurs n'auraient jamais été fortes ni persistantes.

Enfin les métrorrhagies cèdent en général après quelques jours de repos sans exiger un traitement spécial, à part nos deux observations n^{os} 2 et 3, où il a fallu intervenir énergiquement.

OBSERVATION 10. — (Inédite.)

Céline H..., 18 ans, servante, entre le 14 mars 1891 dans le service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

25 mars. — Pas de syphilis. Vaginite granuleuse. Vaginite purulente des culs de sac et métrite purulente. Rien sur le col.

Jusqu'au 5 juin l'écoulement persiste comme nature. Injections au biiodure de mercure. Il se forme une petite érosion du col.

Depuis le 5 jusqu'au 24 juin, pertes rouges. Tampons au seigle ergoté. Repos.

Sort le 16 juillet, les pertes n'ont pas reparu, la sécrétion interne s'est amendée. Col toujours rouge et tuméfié.

OBSERVATION 11. — (Inédite.)

Ernestine F..., 22 ans, ouvrière en chaussures, entre le 12 mai dans le service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

Parents morts. Elle a en ce moment la syphilis.

20 mai. — Col tuméfié, érodé et ulcéré. Métrite suppurée du col. Culs de sac enflammés avec pus. Traitement : cautérisation au nitrate d'argent. Tampon iodoformé.

17 juin. — Col encore tuméfié et érodé. Écoulement sanguinolent abondant. Injections d'eau bouillie. Tampons ergotés.

1^{er} juillet. — L'écoulement sanguin a cessé. Toujours de la vaginite. Badigeonnage au nitrate d'argent et tampon iodoformé.

Sort le 23 juillet. L'écoulement persiste ; il est muco-purulent. Le col est légèrement rouge. Plus de pertes sanguines.

Nous avons passé en revue différentes observations se rapportant toutes à la première forme clinique que nous venons d'envisager. Si nous voulions la caractériser en quelques mots, nous pourrions dire : Métorrhagies survenant soit au début, soit à une période peu avancée de la métrite, en général dans les 6 premiers mois. Ces pertes sont douloureuses ou non, mais cessent généralement en cédant au repos pour reparaître quelque temps après.

Dans les deux observations qui nous sont personnelles, le cathéterisme utérin ne nous a jamais signalé la présence de fongosités et en nous rapportant aux opinions d'Eraud qui dénommait cette forme métrite ulcéreuse, aux autopsies faites au début de la blennorrhagie, nous admettrions volontiers que la muqueuse est ulcérée, macérée, décapée en quelque

sorte, et que les pertes sanguines sont dues à l'ouverture des vaisseaux sanguins préexistants qui ne sont plus protégés par la muqueuse réduite en bouillie.

Nous en avons une preuve dans l'autopsie suivante publiée par Mercier dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1856, page 432 :

Jeune fille de 19 ans, affectée de blennorrhagie depuis quelques semaines, entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde dont elle meurt.

A l'autopsie, voici les résultats de l'examen des organes génitaux.

Vagin depuis la vulve jusqu'à un pouce et demi de hauteur a une teinte rouge uniforme très foncée.

Les rides transversales sont plus prononcées que de coutume, surtout en avant où l'on voit de petites saillies serrées semblables à des végétations.

Plus haut la teinte rouge est bien moins foncée.

Le col de l'utérus est un peu plus rouge que la partie du vagin qui l'entoure. Son ouverture en forme de fente transversale assez large prouve que cette femme a été mère.

La cavité du col a une couleur rouge presque violette.

Le tissu de la matrice n'est pas enflammé mais sa muqueuse est d'une couleur lie de vin très prononcée.

La cavité de ces diverses parties contient du mucus puriforme assez abondant ; on n'y rencontre point d'ulcérations.

Nous avons voulu trouver d'autres observations *post mortem*, mais toutes nos recherches sont restées infructueuses.

Dans l'ouvrage de Bernutz et Goupil, les recherches ont porté sur les annexes de l'utérus et nulle part il n'est fait de description de la cavité utérine.

Dans la seconde forme clinique nous verrons au contraire :

Que les métrorrhagies ne se produisent qu'à une période déjà plus avancée de l'infection. Ces métrorrhagies seront continuelles, il n'y aura pour ainsi dire pas d'accalmie, elles seront généralement douloureuses et s'accompagneront d'une débilitation profonde avec amaigrissement et altération des traits. L'hystérométrie nous révélera la présence de fongosités dans l'intérieur de la cavité utérine et le curettage ne fera que confirmer la véracité de cette sensation.

Pour plusieurs cliniciens, ces formes de métrorrhagies ne seraient pas exclusivement la conséquence de la blennorrhagie utérine, et cette métrite bourgeonnante, fongueuse, serait une variété hybride résultant autant de la blennorrhagie que de la grossesse et des avortements. Nous croyons pour notre part que ces faits sont possibles, mais que la blennorrhagie suffit souvent à elle seule à donner lieu à une métrite fongueuse.

Ce qui est bien établi et ressort de nos observations, c'est que ces métrorrhagies appartiennent bien à la période chronique avancée de la maladie, laquelle se traduit en effet par les signes suivants :

Col infiltré ou hypertrophié, induré ou bourgeonnant, souvent coiffé d'ulcérations profondes qui pénètrent jusque dans le col dont l'orifice est érodé. Vagin pâle. Généralement peu de pus dans les culs de sac qui ne sont point tuméfiés.

La cavité du corps est couverte de végétations polypiformes ou sanguinolentes qui donneront lieu aux pertes rouges.

Le parenchyme utérin est épaissi, la cavité est agrandie, le cathéter pouvant s'y mouvoir librement, enfin l'orifice interne du col est le plus souvent facilement franchi.

OBSERVATION 12. — (*Lyon-Médical*, 1889. — Eraud, *De la blennorrhagie chez la femme*).

Rosalie V..., 32 ans, domestique, entre le 17 février 1888 dans le service de M. le Professeur Gailleton.

Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Premières règles à 13 ans. Depuis, menstruation régulière.

A 25 ans, grossesse normale et accouchement d'un enfant-mort 8 mois après.

Deuxième grossesse à 29 ans. Enfant de 3 ans bien portant.

A l'âge de 25 ans, aurait été contagionnée par un homme alors qu'elle était enceinte de 3 mois. Elle avait des pertes plus ou moins abondantes mais pas de douleurs à la miction.

Depuis le mois de mars 1887, n'aurait eu de rapports qu'avec son amant, qui contractait la chaude-pisse un mois après.

17 mars. — Pus urétral jaune et abondant.

Pus utérin séro-purulent. Gonocoques. Col gros et saignant facilement.

27 mars. — Pus utérin glaireux. Pas de gonocoques.

19 juin. — Pus utérin glaireux. Quelques gonocoques. Col ulcéré et déchiqueté.

23 juin. — Gros bouchon glaireux obturant le col. L'ulcération persiste.

26 juin. — Se plaint depuis 2 jours de douleurs à l'hypogastre. Dernières règles plus abondantes, plus longues. Col ulcéré.

11 juillet. — Voyant l'ulcère stationnaire et le traitement rester sans effet, je procède à la dilatation du col utérin et je fais avec une curette de Volkmann un raclage du col et du corps utérin. Elle ramène des produits muqueux et sanguinolents.

Instillation de nitrated'argent au 1/40, la valeur d'une seringue de Guyon.

26 juillet. — Perdant depuis six jours avant le jour du râclage, la malade a continué à perdre pendant dix jours consécutifs encore. Aujourd'hui aucune douleur, ni dans le bas-ventre ni dans la miction.

Sort le 14 novembre. — Le col est toujours gros, infiltré, douloureux. Encore du pus dans l'urèthre. Pus utérin contient des hematies, des cocci et des éléments purulents jeunes. Il n'y a plus eu de métrorrhagies.

Ce qu'il y a de remarquable et ce que nous verrons dans nos observations, c'est après le curettage, la reprise de l'écoulement. Il était auparavant sanguinolent et muqueux ou pruro-purulent. Après l'opération il redevient purulent et est sécrété en grande quantité. Mais généralement au bout de 1 à 2 septénaires, il s'amende et finit par redevenir incolore et de faible quantité.

OBSERVATION 13. — (Inédite.)

Adeline S..., 22 ans, domestique, entre le 20 juin 1891 dans le service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

Pas d'antécédents héréditaires. A la syphilis.

25 juin. — Col hypertrophié en largeur, orifice entouré d'une zone violacée. Folliculite en collerette. Végétations autour de la fourchette. Vaginite des culs de sac. Métrite hémorragique.

12 août. — Par suite de pertes continuelles, curettage suivi d'injection de créoline et de biiodure de mercure.

19 août. — Végétation autour du col. Vaginite s'améliore.

La sécrétion utérine diminue ; elle est visqueuse, légèrement teinte en jaune. Crayon iodoforme. Tampon de glycérine quotidien.

2 septembre. — Plus de vaginite. Quelques granulations sur le col. Presque pas d'écoulement utérin. Badigeonnage du museau de tanche à la teinture d'iode.

Sort le 24 septembre, guérie.

OBSERVATION 14. — (Personnelle).

Marie S..., 24 ans, fille soumise, entre pour la 4^e fois, le 26 mars 1892, dans le service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

Parents vivants et bien portants. A eu la syphilis il y a trois ans.

A été réglée à 18 ans. N'a jamais été enceinte.

Aurait perdu en rouge pendant 3 mois il y a environ un an. A eu de légères douleurs dans le bas-ventre à cette époque. Pas de douleurs à la marche, pas de sensation de fatigue à la suite de la station debout prolongée. Jamais de douleurs de la miction. Teint cachectique.

26 mars. — Vagin pâle. Culs de sac légèrement enflammés avec concrétion purulente. Pas d'ulcération du col qui est gros et dur. Léger écoulement purulent du col.

16 avril. — Règles normales. Teint terreux. Amaigrissement général.

30 avril. — Ecoulement muco-purulent. Œdème du capuchon.

18 mai. — Perd depuis deux jours. La malade est mise au repos.

Continue à perdre jusqu'au 22 juin, malgré le repos et l'administration d'ergotine à l'intérieur.

22 juin. — Séance d'électrolyse de 6 minutes. Intensité maxima de 40 milliampères.

25 juin. — Les pertes continuent. Séance de 8 minutes. Etat débilité.

30 juin. — Les pertes continuent. Séance de 6 minutes.

L'hysterométrie donne pour la longueur de l'utérus 6,8 cent.

et révèle un état fongueux de la muqueuse. Si les pertes ne s'arrêtent pas, on pratiquera le curettage.

2 juillet. — Les pertes se sont arrêtées complètement. La malade réste au repos.

6 juillet. — Plus de pertes. Etat général aussi satisfaisant que possible. La malade va être soumise à un régime fortifiant, le curettage ne pouvant se faire dans les conditions d'anémie actuelles. La galvano-caustique chimique intra-utérine a donc permis ici de courir au plus pressé, d'arrêter le symptôme inquiétant, la métrorrhagie. Reste à enlever les fongosités par le curettage, dès que l'état de la malade le permettra.

OBSERVATION 15. — (Empruntée à la clinique du D^r Lanceraux, hôpital de Lourcine.)

Br..., 36 ans, fille de boutique, entre le 9 juillet 1875.

Cette femme souffre depuis 4 ans ; elle a de vives douleurs dans le ventre et des alternatives de pertes rouges et blanches, comme dans le cancer. Tous les soins ont été sans succès ; le col a été cautérisé au fer rouge.

La malade a le teint cachectique ; elle s'est beaucoup amaigrie depuis 3 mois ; elle ne tousse pas.

Elle souffre dans le bas-ventre de douleurs excessives qui reviennent par crises ; tout son système nerveux est excité, elle dort mal la nuit.

C'est surtout vers les organes génitaux qu'elle appelle notre attention.

Cystite purulente, vagin rouge et parsemé de points miliaires surélevés d'un rouge vif.

Il est couvert d'un exsudat jaunâtre. Le col est gros ; sa muqueuse présente une éruption de petites granulations rouges miliaires. L'orifice du col est très largement ouvert, béant ; il laisse voir dans la cavité une muqueuse bourgeonnante qui saigne très facilement. Il s'en écoule du mucus jaunâtre.

Cette femme fut traitée d'une part pour la vaginite par des tampons de ouate contenant de l'alun ; d'autre part les bourgeons fongueux de la muqueuse de la cavité cervicale furent touchés avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer.

Après deux mois de traitement, l'écoulement vaginal était supprimé, les granulations disparues, le col rapetissé et les fongosites disparues.

Le 25 octobre 1875, la malade sortit guérie.

Traitement.

Nous avons à envisager, d'une part, le traitement de la métrite blennorrhagique et d'autre part le traitement de la métrorrhagie.

Traitement de la métrite blennorrhagique. — Ici il n'y a pas de traitement général, et les balsamiques peuvent tout au plus être employés s'il existe des douleurs de la miction. Mais nous savons que l'urétrite chez la femme est peu douloureuse et rarement de longue durée.

Tout le traitement se bornera donc à s'attaquer à la vaginite et à la métrite.

Le médecin appelé à soigner une blennorrhagie du conduit utéro-vaginal, doit porter toute son attention sur la métrite. Sans métrite, pas de vaginite postérieure, cette dernière n'étant que le résultat de l'irritation de la muqueuse des culs de sac par le pus utérin.

Les moyens médicaux les plus simples sont : Les injections intra-utérines et les cautérisations au moyen de corps solides. Comme adjuvant puissant, des bains. Quant aux scarifications ou émissions sanguines pratiquées sur le col, nous les repoussons absolument, car une ulcération en serait la conséquence rapide.

Injectons intra-utérines. — C'est certainement une excellente méthode, on les emploie généralement sous forme de liquides astringents ayant une action fortement corrosive et antiseptique.

Les plus employées à la Maison de Secours sont à base de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, ou de teinture d'iode étendue ou concentrée.

Quand l'orifice interne est bien ouvert, on peut ainsi faire passer 150 à 200 centimètres cubes de la solution en ayant soin de se servir d'une seringue à double courant, celle de Budin ou de Braun, qui assure le retour du liquide. Jamais cette méthode n'a donné d'accidents.

On se sert aussi de solution de lysol, de créoline, de biiodure de mercure. Si l'inflammation n'atteint que le col, l'injection fait place aux badigeonnages qu'on peut faire avec de simples pinceaux, mais encore mieux avec une tige rigide, hystéromètre, sonde cannelée ou stylet muni à son extrémité d'une mèche de coton imprégnée du liquide antiseptique, le plus souvent chlorure de zinc ou nitrate d'argent. Après le badigeonnage, on place un crayon d'iodoforme dans le col.

Ces moyens sont bons au début de la blennorrhagie et modifient généralement assez vite la marche de l'écoulement qui perd de jour en jour sa purulence.

Cautérisation par des caustiques solides. — Cette méthode de traitement est encore employée par beaucoup de gynécologues. On emploie surtout comme base, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, le sulfate de cuivre, le sulfate d'étain, etc. Dans un

récent article paru dans les *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, un médecin génois s'est attaché à défendre ce mode de traitement et a fait suivre son article de planches montrant après l'effet du caustique la muqueuse régénérée.

Quoiqu'il en soit, on a accusé cette méthode, soit d'aller au-delà du but et de produire des accidents consécutifs, tels que la sténose du canal cervical, soit de ne pas agir assez, le caustique étant enrobé par la sécrétion visqueuse du col. Nous n'avons pas d'expérience personnelle à cet égard, ce traitement n'étant guère employé ici.

Nous avons parlé des bains comme adjuvants. Ils rendent évidemment les plus grands services.

Pozzi, dans son traité de Gynécologie, recommande de plus l'emploi d'un petit spéculum fenêtré, permettant à l'eau de venir baigner le col et les culs de sac. A défaut de bains, on pourra employer les injections d'eau tiède, ou d'eau à la température de 40° à 45°. Les bains et les injections font rapidement disparaître la vaginite postérieure, et leur emploi doit être journalier pour empêcher la récurrence.

Ces moyens suffisent généralement à guérir la vaginite et à enrayer la métrite, mais celle-ci passe souvent à l'état chronique, la femme abandonnant vite tout traitement dès qu'il y a amélioration notable.

Quand la métrite passe à l'état chronique, la cure de la métrite n'est la plupart du temps que celle de la métrorrhagie qui seule inspire des craintes à la malade et lui fait rechercher les secours de l'art médical.

Néanmoins il peut arriver qu'une femme incommodée par les pertes de nature purulente qu'elle éprouve vienne consulter un praticien afin d'y mettre fin. La malade souffre déjà depuis longtemps, les crayons caustiques ou les injections intra-utérines ont déjà été essayés, mais sans grand profit.

Nous croyons que dans ce cas on peut conseiller à la malade le curettage de l'utérus, mais avec une curette mousse et non avec une curette tranchante. « Il ne s'agit pas ici, comme pour le curage du cancer, d'évider un tissu résistant. Il faut seulement gratter une paroi musculaire dense tapissée d'un revêtement mou par lui-même et encore ramolli par l'inflammation » (1).

Nous avons une application de ce traitement dans la thèse de Cuvilhier (observation XIX) où la malade atteinte seulement de métrite purulente, avec uréthrite fut traitée par le curettage. L'absence de précautions antiseptiques due à un membre du personnel, ne permit pas à la malade de bénéficier de l'opération et elle sortit non guérie de l'hôpital.

Pour nous résumer, lorsque les injections intra-utérines, l'application de caustique n'auront rien produit, on peut essayer en dernière ressource le curettage avec une curette mousse. L'emploi de cette curette mousse n'est pas de toute nécessité, et pour notre part nous avons dans tous les cas vu M. le Professeur agrégé Vautrin se servir de la curette tranchante.

(1) Pozzi, *Traité de Gynécologie*.

Traitement des Métrorrhagies

La perturbation menstruelle du début de la blennorrhagie n'est que passagère; elle dure à peine quelques jours et cesse en même temps que tombent les symptômes. Ici, pas de traitement important. Le repos et quelques injections vaginales chaudes suffisent généralement.

Dans les métrorrhagies qui surviennent quelques mois après le début de l'infection, qui n'ont pas cette forme persistante que nous avons observée après une période d'état plus longue, nous avons vu employer avec succès par M. le Professeur Vautrin le traitement par l'électricité vanté aussi par Apostoli. La technique opératoire est connue de tous, aussi ne la décrivons-nous pas. Nous voulons seulement faire porter nos remarques sur deux points.

D'abord, l'intensité du courant. Apostoli, dans la cure de l'endométrite chronique, emploie jusqu'à 200 milliampères. M. le Professeur agrégé Vautrin estime que presque toujours 40 à 50 milliampères suffisent, et les résultats sont là pour lui donner raison.

Apostoli prétend de plus que les femmes supportent bien les séances d'électricité. Ces séances sont au contraire assez douloureuses et sont même redoutées

des malades ; les renversements du courant sont souvent mal supportés, aussi faut-il en abuser le moins possible.

Les séances pour nos malades avaient une longueur de 6 minutes en moyenne. Elles doivent être suivies d'un repos rigoureux au lit et ne se renouveler que trois fois par semaine. On obtient en général la cessation de l'écoulement sanguin au bout de 3 séances, quelquefois même au bout d'une seule.

Apostoli recommande de placer à l'intérieur de la cavité utérine le pôle positif quand on veut obtenir un effet hémostatique, les acides se portant vers ce pôle et produisant une cautérisation énergique ; le même auteur met le pôle négatif dans l'utérus pour les formes d'endométrite non hémorragique.

Il nous semble que le pôle positif doit être employé même lorsqu'il s'agit de modifier l'état de la muqueuse, car il agit également en substituant un tissu cicatriciel, au lieu et place du tissu altéré, par la cautérisation énergique qu'il y produit.

Dans ces formes de métrorrhagie, ce traitement nous a donné de bons résultats.

Quand la métrite a déterminé un état fongueux, polypeux de la muqueuse donnant lieu à des métrorrhagies longues et rebelles, le véritable traitement à notre avis n'est plus la galvano-caustique intra-utérine, mais un traitement chirurgical qui enlèvera toutes les fongosités de la muqueuse.

Apostoli a bien encore utilisé son traitement dans les états fongueux de la muqueuse, compliqués ou non de métrorrhagie, mais il lui faut déjà arriver à

un grand nombre de séances avant d'obtenir des résultats hémostatiques. N'est-ce pas ce qui s'est passé chez notre malade (observation XIV) où le traitement électrique n'ayant donné aucun résultat dut être suivi de curettage ?

La longueur du traitement électrique, la douleur que parfois il éveille sont les deux contre-indications pour faire rejeter son emploi dans les états fongueux de la muqueuse et lui faire préférer le curettage qui se fait en une séance, qui n'est pas douloureux, en un mot qui attaque le mal dans sa racine et l'enlève d'un seul coup.

Nous ne voulons pas entrer dans la technique de cette opération qui a été très bien exposée dans la thèse de P. Cuvillier, soutenue à la Faculté de Nancy. Disons seulement que l'on peut procéder à cette opération avec dilatation lente ou dilatation brusque du col.

La dilatation lente exige une période de trois jours et on la fait généralement avec des tiges de laminaire trempées dans une solution d'éther saturée d'iodoforme. Le col étant dilaté on peut opérer sans anesthésie. Comme curette on se sert d'une curette tranchante, celle de Sims en forme de boucle tranchante est généralement employée. Le curettage doit être suivi d'une injection antiseptique, soit au sublimé, soit au permanganate de potasse ou au chlorure de zinc.

Le col est ensuite fermé par un tampon iodoformé ; antisepsie rigoureuse et repos absolu les jours suivants.

La dilatation brusque peut être faite en introdui-

sant une pince dans le col et en écartant fortement les deux branches. Ce genre de dilatation nécessite le concours de l'anesthésie.

Il nous reste à examiner si le curettage a droit de cité dans le traitement des métrorrhagies et s'il y a donné des résultats.

On n'a qu'à se reporter, pour vérifier cet ordre de fait, au travail de Boureau (1) qui en a fait un historique très complet. Depuis Récamier, qui vers 1850, a mis en honneur l'emploi de la curette pour procéder à « l'abrasion de productions anormales, granulées ou fongueuses » ce sont là ses propres expressions, jusqu'à nos jours, les chirurgiens français les plus connus comme Lisfranc, Chassaignac, Maisonneuve, Nélaton, Gosselin, Trousseau, Demarquay, Monat, Carpentier-Méricourt, de Sinéty et tant d'autres à l'étranger ont expérimenté le curettage et n'ont eu qu'à s'en louer.

Dans son traité des maladies de l'utérus, Courty conclut ainsi : « Lorsqu'il n'y a pas de fongosités, la curette promenée sur la muqueuse ne peut y produire de graves désordres, et lorsqu'il y en a elle seule peut en débarrasser promptement et sûrement les malades. »

(1) *Archives d'Obstetr. et de Gynécologie*, 1888.



CONCLUSIONS

La métrite blennorrhagique affecte le plus souvent une marche subaiguë, latente, rarement une marche aiguë avec grande intensité des symptômes.

Elle passe presque toujours à l'état chronique d'une façon insensible et cette période est fort longue.

Elle occupe toujours le col, et quelquefois s'y limite.

La vaginite est toujours la conséquence de la métrite qui peut exister sans elle.

La métrite blennorrhagique donne lieu à des métrorrhagies qui reconnaissent comme traitement d'une façon générale :

1° Pour l'hémorragie symptôme, la galvano-caustique chimique intra-utérine.

2° Dans la métrite hémorragique d'origine blennorrhagique la galvano-caustique intra-utérine peut

encore rendre des services ; mais si la muqueuse est fongueuse, si la métrite est parenchymateuse, le curetage est préférable.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 16 Juillet 1892.

A. HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 16 Juillet 1892.

Le Recteur,

E. MOURIN.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

APOSTOLI. — Congrès de Nancy pour l'avancement des sciences, 1886.

BOUILLY. — *Traité de pathologie externe*. Tome 4. 1890.

BOUREAU. — *Archives d'obstétrique et de Gynécologie*, 1888.

BUMM. — *Archiv. für. Gynak.* Tome 23.

COURTY. — *Traité pratique des maladies de femmes*, 1881.

CUVILLIER. — Thèse de Nancy, 1890. — *De l'endométrite chronique et de son traitement*.

DOLÉRIS. — *Archives d'obstétrique et de Gynécologie*, 1887.

ERAUD. — *Lyon-Médical*, 1889.

GROSS. — *Pathologie clinique chirurgicale*, 1892.

GRÜNEWALD (Von). — *Revue de Hayem*, 1877.

GUÉRIN (Alph.). — *Leçons cliniques sur les maladies de femmes*, 1878.

Lyon-Médical, 1888. — Société des sciences médicales.

MARTIN. — *Traité clinique des maladies de femmes*, 1889.

MARTINEAU. — *Annales de Gynécologie*, 1885.

NÖGGERATH. — *Die latente Gonorrhœ*, Bonn, 1872.

PARENT-DUCHATELET. — *De la Prostitution dans la ville de Paris*, 1851.

- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1890.
REMY. — *Annales de Gynécologie*, 1879.
RICORD. — *Gazette des Hôpitaux*, 10 septembre 1846.
ROLLET. — *Annales de Dermatol et de Syphil*, 1869.
SCHMITT. — *Revue Médicale de l'Est*, 1889.
SCHROEDER. — *Maladies des Org. génit. de la femme*, 1886.
SINÈTY (de). — *Traité pratique de Gynécologie*, 1884.
SNENUIREFF. — *Des Hémorragies utérines*, 1886.
STEINSCHNEIDER. — *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1887, n° 17.



